

## Załącznik nr 5. Formularz ofertowo-cenowy.

### Zadanie nr 1. Wideolaryngoskop

Producent (firma) .....

Kraj .....

Nazwa, typ urządzenia, model .....

Rok produkcji .....

Lp.	Parametry wymagane	Parametry oferowane
1.	<p>Wideolaryngoskop bezprzewodowy (zestaw wraz z walizką transportową), o budowie modułowej składający się z:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– zasilanego akumulatorem z możliwością ładowania kolorowego wyświetlacza LCD 3,5 cala,</li><li>– obrotowego w płaszczyźnie pionowej ze wskaźnikiem LED naładowania baterii,</li><li>– z wyjściem TV i video, z rękocyfki wykonanej z medycznego termoplastycznego elastomeru z łóżem dla 1 baterii AA,</li><li>– przewodnicy toru wizyjnego wykonanej ze stali nierdzewnej, z kamerą CMOS, oraz źródłem światła (wysokowydajne diody LED).</li></ul> <p>Gotowy do natychmiastowego użytku po włączeniu zasilania. W zestawie ładowarka. Produkt fabrycznie nowy. Rękocyfka z przewodnicą toru wizyjnego Monitor Ładowarka Łyżki typu MAC: - rozmiar 3 – 10 sztuk, - rozmiar 4 – 10 sztuk.</p>	
2.	Gwarancja minimum 24 miesiące	
3.	<p>Zgłoszenie/wpis wyrobu medycznego, świadectwo jakości, deklaracje zgodności oraz katalogi potwierdzające oferowane parametry (dołączyć na wezwanie zamawiającego). Instrukcja obsługi w języku polskim (dołączyć wraz z dostawą urządzenia). Serwis gwarancyjna i pogwarancyjny –podać adres, tel.</p>	

Wartość brutto zamówienia (cyfrowo i słownie): .....

Wartość netto zamówienia (cyfrowo i słownie): .....

Podatek VAT (cyfrowo i słownie): .....

.....  
data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

**Zadanie nr 2. Laser terapeutyczny wysokoenergetyczny**

Producent (firma) .....

Kraj .....

Nazwa, typ urządzenia, model .....

Rok produkcji .....

L.p.	Wymagane parametry	Parametry oferowane
1.	Laser terapeutyczny wysokoenergetyczny	
2.	Laser terapeutyczny o długości fali 1064 nm i mocy min. 8 W	
3.	Wielkość wiązki (+/-5%) 1,70cm <sup>2</sup> (odstęp 1 cm), 30cm <sup>2</sup> (aplikator stożkowy)	
4.	Źródło wiązki: dioda laserowa GaAIAs	
5.	Praca w trybie ciągłym i impulsowym (10 000 Hz)	
6.	Ciekłokrystaliczny ekran dotykowy o przekątnej min. 5,9"	
7.	Możliwość tworzenia programów terapeutycznych	
8.	Możliwość pełnej modyfikacji parametrów zabiegu	
9.	Regulacja częstotliwości przemiatań i cyklu pracy	
10.	Elektroniczny timer zabiegowy	
11.	Wyłącznik bezpieczeństwa	
12.	Pilot nożny aktywujący wiązkę lasera	
13.	Możliwość łączenia metod pracy punktowej i skanującej w jednej terapii	
14.	Specjalne programy terapeutyczne łączące metodę punktową ze skanerem automatycznym	
15.	Wymiary długość: 440mm, szerokość: 270mm, wysokość: 230mm - /+ 10%	
16.	<b>Standardowe wyposażenie:</b> jednostka sterująca, aplikator sondowy, okulary ochronne – 2 pary, pilot nożny, komplet przewodów.	
17.	Aplikator stożkowy dla pola zabiegowego 30cm <sup>2</sup>	
18.	Ramię do aplikatora stożkowego	
19.	Stolik	
20.	Waga max 4,7 kg (+/- 5%)	
21.	Gwarancja minimum 24 miesiące	
	Zgłoszenie/wpis wyrobu medycznego, świadectwo jakości, deklaracje zgodności oraz katalogi potwierdzające oferowane parametry (dołączyć na wezwanie zamawiającego). Instrukcja obsługi w języku polskim (dołączyć wraz z dostawą urządzenia). Serwis gwarancyjna i pogwarancyjny –podać adres, tel.	

Wartość brutto zamówienia (cyfrowo i słownie): .....

Wartość netto zamówienia (cyfrowo i słownie): .....

Podatek VAT (cyfrowo i słownie): .....

.....

.....  
data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

### Zadanie nr 3. Aparat do krioterapii

Producent (firma) .....

Kraj .....

Nazwa, typ urządzenia, model .....

Rok produkcji .....

L.p.	Wymagane parametry	Parametry oferowane
1.	Aparat do krioterapii zasilany ciekłym azotem	
2.	Duży dotykowy ciekłokrystaliczny kolorowy wyświetlacz	
3.	Specjalna „tuba” do odkładania grzałki podczas wymiany butli lub uzupełniania azotu.	
4.	Zbiornik o pojemności 30 litrów (+/- 5%)	
5.	Gotowe programy terapeutyczne	
6.	Czynnik roboczy – ciekły azot	
7.	Temperatura strumienia gazu : -160 stopni	
8.	Liczba stopni regulacji intensywności nadmuchu: min. 5	
9.	Zużycie ciekłego azotu : maksymalnie od 3 do 10kg/h (praca ciągła ) - w zależności o intensywności nadmuchu	
10.	Liczba zabiegów przy użyciu jednego zbiornika ciekłego azotu (ok. 65 dla średniego czasu zabiegu = 3min)	
11.	Sygnal dźwiękowy emitowany co 30 sekund	
12.	Zabezpieczenie przed zniszczeniem grzałki poprzez ostrzeżenie przy pomocy sygnalizacji diodowej o niskim poziomie azotu w butli lub braku informacji z czujników temperatury	
13.	Zasilanie: 230 V (+/- 5%)	
14.	Wymiary (dł. x szer. x wys.) 642 x 1175 x 460 mm (+/- 5%)	
15.	Wózek na zbiornik, koła jezdne z hamulcami. Dane techniczne: Długość: +/-72 cm Szerokość: +/- 48 cm śr. kółka +/- 7 cm	
16.	Zbiornik na azot, pojemność zbiornika: 30 litrów (+/- 5%).	
17.	Gwarancja minimum 24 miesiące	
18.	Zgłoszenie/wpis wyrobu medycznego, świadectwo jakości, deklaracje zgodności oraz katalogi potwierdzające oferowane parametry (dołączyć na wezwanie zamawiającego). Instrukcja obsługi w języku polskim (dołączyć wraz z dostawą urządzenia). Serwis gwarancyjna i pogwarancyjny –podać adres, tel.	

Wartość brutto zamówienia (cyfrowo i słownie): .....

.....

Wartość netto zamówienia (cyfrowo i słownie): .....

.....

Podatek VAT (cyfrowo i słownie): .....

.....

.....  
data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

**Zadanie nr 4. Głowica bezobsługowa wieloczęstotliwościowa**

Producent (firma) .....

Kraj .....

Nazwa, typ urządzenia, model .....

Rok produkcji .....

<b>L.p.</b>	<b>Parametry wymagane</b>	<b>Parametry oferowane</b>
1.	Głowica bezobsługowa HandsFree SonoTM wieloczęstotliwościowa	
2.	Wieloczęstotliwościowe głowice: 1 MHz, 3 MHz, zmienne (auto 1/3 MHz)	
3.	6 kryształów ultradźwiękowych w jednym aplikatorze	
4.	Powierzchnia 18 cm <sup>2</sup>	
5.	Wizualna sygnalizacja pracy aktywnych kryształów (wyświetlacz LED)	
6.	Terapia skojarzona w połączeniu z elektroterapią	
7.	Gwarancja minimum 24 miesiące	
8.	Zgłoszenie/wpis wyrobu medycznego, świadectwo jakości, deklaracje zgodności oraz katalogi potwierdzające oferowane parametry (dołączyć na wezwanie zamawiającego). Instrukcja obsługi w języku polskim (dołączyć wraz z dostawą urządzenia). Serwis gwarancyjna i pogwarancyjny –podać adres, tel.	

Wartość brutto zamówienia (cyfrowo i słownie): .....

Wartość netto zamówienia (cyfrowo i słownie): .....

Podatek VAT (cyfrowo i słownie): .....

.....  
data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy

**Zadanie nr 5. Wózek do przewożenia chorych.**

Producent (firma) .....

Kraj .....

Nazwa, typ urządzenia, model .....

Rok produkcji .....

Lp.	Parametry wymagane	Parametry oferowane
1.	Wózek do przewożenia chorych.	
2.	2 segmenty.	
3.	Poręcze boczne – 2 szt.	
4.	Wieszak kroplówki – 1 szt.	
5.	Krażki odbojowe jednoosiowe – 6 szt.	
6.	Materac – 1 szt.	
7.	Uchwyt na rolkę papieru.	
8.	Wymiary zewnętrzne 2180 x 870 mm (+/- 5).	
9.	Zakres regulacji wysokości leża 450 – 800 mm (+/- 5).	
10.	Kąt przechyłu anty-Trendelenburga – 0-12°	
11.	Kąt przechyłu Trendelenburga – 0-12°	
12.	Kąt odchylenia oparcia pleców – 0-70°	
13.	Kąt odchylenia oparcia uda – 0-45°	
14.	Bezpieczne obciążenie robocze 200 kg	
15.	Gwarancja minimum 24 miesiące	
16.	Zgłoszenie/wpis wyrobu medycznego, świadectwo jakości, deklaracje zgodności oraz katalogi potwierdzające oferowane parametry (dołączyć na wezwanie zamawiającego). Instrukcja obsługi w języku polskim (dołączyć wraz z dostawą urządzenia). Serwis gwarancyjna i pogwarancyjny –podać adres, tel.	

Wartość brutto zamówienia (cyfrowo i słownie): .....

Wartość netto zamówienia (cyfrowo i słownie): .....

Podatek VAT (cyfrowo i słownie): .....

.....  
data i podpis upoważnionego przedstawiciela wykonawcy